FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 844

Année 1960

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

R O T M A N Jean

né le 16 Avril 1933 à PARIS X°

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES METASTASES PULMONAIRES DU CANCER DU COL UTERIN

Président : Mr P. MOULONGUET, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

1960

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

R O T M A N Jean

né le 16 Avril 1933 à PARIS X°

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES METASTASES PULMONAIRES DU CANCER DU COL UTERIN

Président : Mr P. MOULONGUET, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon **BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . Jean **VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Profr à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Profr à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Profr à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laribolsière)	SÉZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
— — (Prof[r] à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof[r] à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof[r] à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOWSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.,), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma famille

A mes amis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538122_0029

A Monsieur le Professeur P. Moulonguet

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien de l'Hôpital Salpétrière

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'hommage de notre respectueuse gratitude et le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur A. Devois

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce sujet de thèse et a toujours manifesté à notre égard une vive sympathie et une grande bienveillance.
Qu'il veuille bien trouver dans ce travail notre désir de suivre très respectueusement son exemple dans l'exercice de la Médecine.

A Monsieur le Docteur R. Decker

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Hommage de ma reconnaissance et de ma vive gratitude.

A Monsieur le Docteur Y. Monceau

Médecin-Chef de l'Hôpital de Beaumont-sur-Oise.

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il m'a prodigué et pour la bienveillante attention qu'il n'a cessé de me témoigner.

CONTRIBUTION

A L'ETUDE DES METASTASES PULMONAIRES

DU CANCER DU COL UTERIN.

P L A N

- Introduction.

- Chapitre I = Historique.

- Chapitre II = Observations

- Chapitre III = Considérations cliniques, évolutives et pronostic.

- Chapitre IV = Thérapeutique.

- Conclusion

- Bibliographie

:-:-:-:-:-:-:

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus tient une place importante dans le nombre des décès par cancer ; non seulement par la propre localisation utérine, mais par le nombre de métastases retrouvées assez fréquemment. Le plus souvent la mort survient avant que les métastases aient eu le temps d'apparaître. La survie apportée par le traitement permet l'évolution de métastases déjà existentes : osseuses, intestinales, urinaires, pulmonaires.

Malgré la proportion non déterminante des métastases pulmonaires nous avons pu observer dans le service du Docteur Devois à l'Hôpital Tenon, une dizaine de métastases pulmonaires d'un cancer du col utérin qui ont retenu notre attention et seront le but de notre thèse.

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Pendant longtemps, le cancer du col de l'utérus a été considéré comme peu métastasiant ; ce qui fait que le seul traitement alors en vigueur était la chirurgie.

L'apparition du radium révolutionne alors la thérapeutique du cancer du col de l'utérus et permet d'obtenir des résultats assez bons dans l'ensemble sur des cancers inopérables, le cancer du col de l'utérus étant un de ceux qui se prêtent le mieux à la thérapeutique par les radiations.

L'association des deux méthodes (radiations suivies de la chirurgie) permet d'obtenir des résultats excellents car si des cellules néoplasiques ont résisté à l'irradiation, elles se trouvent de ce fait éliminées et ne pourront être cause de métastases qui aggravent considérablement le pronostic.

De nombreux gynécologues et chirurgiens admettent pendant de nombreuses années que "le cancer du col de l'utérus est peu métastasiant ; son intérêt thérapeutique est pratiquement limité à l'extension locale ; la présence de métastases extra-pelviennes marque la limite de la curabilité". Ce qui fait que les investigations sont limitées ; les radiographies pulmonaires ne sont pas pratiquées systématiquement et la découverte des métastases pulmonaires se faisant à un stade tardif, les résultats thérapeutiques sont des plus sombres.

En 1925 J.L. Faure admet que : "très rarement on observe la généralisation du cancer de l'utérus avec déterminations métastatiques. Personnellement je ne me souviens pas d'en avoir observé..."

Actuellement ces conceptions sont dépassées, car les métastases pulmonaires du cancer du col utérin sont plus fréquentes qu'on ne le croit et de nombreuses observations le confirment, notamment celles relevées dans le service de curiethérapie de l'Hôpital Tenon.

:-:-:-:-:-:-:-:-:

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

A - OBSERVATIONS PERSONNELLES RELEVEES DANS LE SERVICE DE CURIETHERAPIE DE L'HOPITAL TENON

OBSERVATION N° I

Madame M.... 72 ans adressée pour des métrorragies depuis un temps indéterminé.

Le premier examen date du 16 Janvier 1953.

TV = col en grande partie détruit, culs de sacs infiltrés

TR = envahissement du paramètre droit
paramètre gauche relativement libre

Spéculum = col largement ulcéré, friable : on arrive à cathétériser sur 7 centimètres environ.

Une biopsie pratiquée le jour même montre :

un épithélioma cylindrique végétant sous la muqueuse ulcérée et atypique.

On entreprend aussitôt le traitement :

le 19 Janvier 1953 : pose d'un colpostat contenant 2 tubes de 10 mg. Durée 7 jours

le 28 Janvier 1953 : pose d'un drain contenant 3 tubes de 10 mg. (mèche) Durée 7 jours.

Un nouvel examen le 11 Février montre :

TV = le col a pratiquement disparu derrière un diaphragme vaginal, les métrorragies sont cessé.

TR = liberté complète des paramètres.

On entreprend alors de la radiothérapie externe :

- 2 champs pelviens antérieurs et postérieurs ; 3.000 r par champ
  dose par séance 200 r ; 5 séances par semaine.

Le 10 Avril 1953 :

TV : vagin très court ; col complètement masqué, parois souples

TR : nettoyage pelvien complet.

La malade présente depuis très peu de temps des douleurs thoraciques et une gêne respiratoire.

Une radiographie pulmonaire montre :

Trois nodules de la base droite

Un nodule de la partie moyenne de l'hémithorax gauche.

La malade meurt le 24 Décembre 1953.

-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° II

Madame C... 49 ans, adressée pour des métrorragies, douleurs lombo-sacrées. Le premier examen date du 23 Novembre 1953 :

TV = fond du vagin végétant

TR = bloc pelvien à prédominance gauche

Avant sa première consultation, intervention chirurgicale : intervention palliative ; morcellement de la tumeur à la curette et à l'électrocoagulation ; ablation de la lèvre antérieure et d'une partie de la lèvre postérieure du col utérin, mèche vaginale.

La biopsie pratiquée à cette occasion montre :

épithélioma malpighien à tendance spino-cellulaire.

On commence la cyclothérapie horizontale : 2 champs (antérieur et postérieur) ; dose totale 1200 r, dose par séance 100 r, une séance par jour.

Le 8 Mars 1954 :

TV : gros col largement bourgeonnant - Infiltration du fond du vagin.

TR : infiltration bilatérale.

Le 27 Mars 1954 :

apparition d'une adénopathie inguinale bilatérale.
adénopathie axillaire droite.

Le 30 Avril 1954 :

La radiographie pulmonaire montre un petit noyau arrondi comme une pièce de 50 centimes dans la région para-hilaire gauche.

Mais l'évolution de la métastase pulmonaire emporte la malade le 7 Juin 1954.

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° III

Madame L.... 59 ans adressée pour des métrorragies, depuis 4 mois

Le 6 Juin 1951, premier examen :

TV : col à demi effacé, culs de sac libres. Ulcération de l'orifice cervical, corps utérin volumineux ; le fond est à un bon travers de main au-dessus du pubis.

TR : paramètre droit parfaitement libre
paramètre gauche légèrement infiltré.

Spéculum : le col est difficilement accessible, le fond du vagin étant atrésique, néanmoins on arrive à observer l'ulcération du canal cervical. Le cathétérisme n'est possible que sur 2 à 3 centimètres.

Une biopsie du col, pratiquée par le Professeur MOULONGUET montre :

épithélioma pavimenteux spino-cellulaire.

On entreprend la radiothérapie endo-cavitaire : 8 champs, 3100 r champ.
Le 18 Juillet on entreprend 2 champs pelviens (antérieur et postérieur), un champ par jour jusqu'à 3000 r par champ.
Le 22 Août 1951 :

TV : vagin infundibulaire, le col est perceptible.

TR : paramètre gauche légèrement bridé.

La malade vient consulter régulièrement de Novembre 1951 à Janvier 1955.

Les différents examens gynécologiques montrent alors au :

TV : atrésie vaginale avec sensation de blindage granuleux du fond du vagin (face antérieure)

TR : paramètres normaux.

Le 31 Octobre 1955 :

TV : rien de suspect

TR : pas de masse perceptible

Adénopathie sus-claviculaire gauche de la taille d'une noisette. On entreprend un champ antérieur et un champ postérieur par grille sur les lymphatiques gauches ; une séance par jour jusqu'à 6000 r par champ.

Le 30 Janvier 1956 : - apparition d'une dyspnée depuis 2 mois
petits ganglions inguinaux droits.

Une radiographie pulmonaire montre :

- opacité à limites floues sous-hilaire droite de 4 à 5 cms
- une discrète lame de liquide pleural à droite
- nodules et trabéculations parsemant la base droite

On se trouve donc en présence d'une métastase pulmonaire.

La malade meurt le 15 Février 1956.

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° IV

Madame A.... 65 ans, adressée pour des métrorragies.

Le 2 Septembre 1955, premier examen :

Spéculum : col ficelé, attiré à gauche, saignant au moindre contact.

TV : col bosselé, induré, culs de sacs raccourcis (gauche et antérieur)

TR : infiltration du 1/3 interne du paramètre droit
infiltration de la totalité du paramètre gauche.

La biopsie montre : fragment col d'aspect normal ; les débris de curetage de l'endocol montrent des foyers néoplasiques évidents, signant l'épithélioma très envahissant de l'endocol.

Des radiographies pratiquées systématiquement montrent :

opacités arrondies :
- dans le cul de sac cardiophrénique droit
- près de la crosse aortique dans le 2ème espace intercostal antérieur.

On entreprend alors le traitement :

radiothérapie : 2 champs pelviens, dose totale 1000 r par champ
250 r par séance, 1 séance par jour.

Le 12 Septembre 1955 : pose d'un drain plexiglas contenant 3 tubes (10 mg.) Durée 6 jours.

Le 19 Septembre 1955 : pose d'un colpostat contenant 2 tubes (10 mg.) Durée 7 jours.

Le 19 Septembre 1955 :

Les radiographies pulmonaires montrent :

- opacités arrondies dans le champ pulmonaire droit, en particulier une se projetant au niveau de l'extrémité antérieure de la 3ème côte peu ou pas visible sur le cliché précédant.
- opacités multiples dans le cul de sac cardiophrénique droit.
- par contre l'opacité nodulaire se projetant près de la crosse aortique dans le champ pulmonaire gauche, ne se retrouve pas nettement sur le nouveau cliché.

Le 30 Septembre 1955 : pose d'une sonde olivaire de 10 mg. Durée 5 jours.

Le 11 Janvier 1956 :

TV : normal, les parois vaginales sont souples.

TR : paramètres droit et gauche légèrement fibreux.

Douleur à la partie supérieure de l'hémithorax gauche. Douleurs et dyspnée vont en s'accentuant, la malade meurt le 23 Juin 1956.

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° V

Madame B.... 43 ans adressée pour des métrorragies.

Avant l'entrée dans le service la malade a été suivie par Monsieur Banzet. Une biopsie pratiquée en 1952 montre :

épithélioma épidermoïde papillaire

La malade a subi en 1952 dix neuf séances de roentgenthérapie. Le premier examen le 18 Novembre 1953 montre :

TV : col non perceptible, fond du vagin et paroi antérieure largement infiltrés.

TR : large infiltration para-rectale gauche.

Le 22 Octobre 1953 : radiographie pulmonaire normale.

On entreprend alors le traitement :

cyclothérapie, 2 champs (antérieur et postérieur) Dose totale 3000r par champ, 100r par séance, 1 séance par jour.

Le 4 Décembre 1953 :

TV : petite diminution de l'infiltration de la paroi vaginale antérieure.

TR : infiltration pelvienne également diminuée.

Le 8 Janvier 1954 :

TR : le paramètre droit est pris en totalité
le gauche partiellement, la paroi vaginale antérieure et la cloison recto-vaginale sont très infiltrées et semble-t-il en voie d'ulcération.

Le 1er Mars 1954 : Douleur à la base de l'hémithorax droit - Dyspnée.

La radiographie pulmonaire montre un nodule gros comme une pièce de 10 francs à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche.

On arrête alors la cyclothérapie et on remplace par un champ statique antérieur ; 200 r par séance, 1 séance tous les 2 jours.

Le 22 Mars 1954 : la radiographie pulmonaire est inchangée.

Le 23 Avril 1954 : la radiographie pulmonaire montre le noyau gauche augmenté de volume.
La coupole diaphragmatique droite un peu surrélevée
(le foie est gros, ferme, sensible)

La malade meurt le 1er Juin 1954.

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° VI

Madame P.... 52 ans adressée pour métastase de l'extrémité inférieure de l'humérus avec fracture pathologique.

Elle présentait un néoplasme malpighien du col utérin qui avait été traité par radiations.

Une radiographie pulmonaire montre :

réaction pleurale de la base gauche avec noyau.

Le 25 Juin :

TV : cul de sac souple, col en apparence normal

TR : paramètres droit et gauche libres.

On entreprend le traitement :

2 champs thoraciques (antérieur et postérieur)

Après quelques séances la malade ne donne plus de nouvelles. Malgré toutes les recherches entreprises il nous a été impossible de retrouver sa trace.

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° VII

Madame D.... 50 ans adressée pour des métrorragies.

Le 27 Mai 1953, premier examen :

TV : tumeur du col avec atteinte des culs de sac.
toucher très difficile car fortes hémorragies au contact.

TR : bloc pelvien.

On entreprend le traitement :

cyclothérapie antérieure et postérieure, dose totale 4000 r, 100 r par séance, 5 séances par semaine.

Le 2 Juin 1953 :

La radiographie pulmonaire montre une opacité sous hilaire droite, à limite supérieure scissurale, à limite inférieure externe diffuse. Il s'agit vraisemblablement d'une condensation du segment interne du lobe moyen.

Le 18 Juin 1953 : on cesse la cyclothérapie et on fait des champs pelviens antérieurs et postérieurs ; on ajoute 4 champs thoraciques (2 antérieurs et 2 postérieurs), 200 r par champ et par séance, 3 séances par semaine.

Le 30 Juin 1953 : radiographie pulmonaire inchangée.

Le 29 Juillet 1953 : on arrête la radiothérapie, la malade étant très fatiguée.

La malade meurt le 19 Septembre 1953.

OBSERVATION N° VIII

Madame V..., 59 ans, adressée pour des métrorragies.
Le premier examen date du 1er Avril 1953.

TV : lèvre postérieure du col indurée; cul de sac antérieur, postérieur, droit souples; cul de sac gauche dépressible.

TR : paramètres souples.

Spéculum : ulcération sur la lèvre postérieure du col.

La biopsie montre :

col métritique avec présence de quelques atypies et d'un amas épithélial suspect; plus loin la coupe montre trois amas épithéliaux avec atypie. Il s'agit d'un épithélioma au début.

Le test au lugol est positif.
La malade refuse de se soigner.

Le 5 Juillet 1954, la malade vient consulter de nouveau parce qu'elle présente une hémorragie.

TV : col volumineux, ulcéré, modéré.

TR : paramètre droit infiltré dans sa moitié interne.
paramètre gauche libre.

Spéculum : ulcération de la partie gauche de la lèvre inférieure.

On entreprend le traitement.

4 champs pelviens (antérieur droit et gauche; postérieur droit et gauche; dose totale 1000 r; 250 r par séance; 1 champ par séance.

Le 23 Juillet 1954,

TV : comblement du cul de sac gauche; col induré, ficelé,

TR : infiltration du paramètre droit dans ses 2/3 internes.

Le 28 Juillet 1954 : pose d'un drain contenant 3 tubes de 10 mg.

Le 11 Août 1954 : pose d'un colpostat contenant 2 tubes (10 mg) Durée 7 jours.

Le 1er Septembre 1954 : on reprend la roentgenthérapie jusqu'à 3.500 r/ champ.

Le 17 Novembre 1954 :

TV : normal

TR : paramètre droit nettement assoupli, bridé légèrement.
paramètre gauche normal.

La malade revu en 1955, les examens sont normaux.

Le 27 Juin 1956 : la radiographie pulmonaire montre une opacité arrondie de la base droite.

Le 17 Juillet 1956 : noyaux métastatiques des deux bases.

Le 27 Février 1957 : nouvel examen TR : bloc pelvien.

La radiographie montre les nodules nettement augmentés de volume.

Le 20 Mai 1957 : la radiographie montre trois blocs : les deux masses rondes qui ont augmenté et une masse para-hilaire.

Le 19 Février 1958 : pas de dyspnée. Etat général moyen. Les nodules ont considérablement augmenté. Il en est apparu d'autres dans le champ pulmonaire droit.

La malade meurt le 12 Mai 1958.

OBSERVATION N° IX

Madame D..., 58 ans, adressée pour des métrorragies datant de 8 mois.

Le 26 Décembre 1956 : premier examen.

TV : énorme col ulcéro-végétant saignant +++
Envahissement de la colorette vaginale sur un demi-centimètre .

TR : infiltration des deux paramètres droit et gauche jusqu'à la paroi pelvienne. Noyaux volumineux à droite; utérus pratiquement fixé.

Spéculum : gros cratère ulcéro-végétant.

Une biopsie pratiquée montre qu'il s'agit d'un:

épithélioma malpighien spino cellulaire kératinisant fort actif. On entreprend immédiatement le traitement:

Colpostat : 2 tubes (10 mg). Durée 7 jours.

Le 2 Janvier 1957 : drain. Trois tubes (10 mg.). Durée 6 jours.

Le 30 Janvier 1957 : on commence la radiothérapie; 6 champs (médian antérieur et postérieur, latéral droit antérieur et postérieur, latéral gauche antérieur et postérieur) par 200 r jusqu'à 1.800 r champ médian . Ensuite on prend l'autre, puis le 1er jusqu'à 3.000 r, enfin les latéraux.

Le 2 Février 1957 : radiographie pulmonaire normale.

La malade revient consulter régulièrement d'Avril 1957 à Septembre 1958. Les examens pratiqués à ces consultations montrent :

TR et TV : normaux.

Le 15 Avril 1959, revient consulter, car depuis Janvier 1959, asthénie, amaigrissement, toux, expectoration; pas de température, pas d'hémoptysie.

TV et TR normaux

Un cliché du 3 Mars 1958 montre des adénopathies hilaires bilatérales.

Le 18 Avril 1959 : Existence d'un petit épanchement pleural gauche; les opacités médiastinales et para médiastinales ont légèrement augmenté de volume. Il s'agit d'une métastase pleuro-pulmonaire.

Le 9 Mai 1959 : pas de modifications notables. La malade maigrit toujours.

Toux, expectoration; pas d'hémoptysie.

Le 29 Juillet 1959 : La malade se fait hospitaliser car elle présente une gêne respiratoire importante et une altération de l'état général.

Le 31 Juillet 1959 : augmentation de volume de l'épanchement pleural gauche et des métastases dans les champs droit et gauche. On commence alors la radiothérapie thoracique sur champ intérieur 50 r trois fois par semaine.

La malade meurt le 30 Août 1959.

OBSERVATION N° X

Madame B..., 31 ans, adressée au Docteur PATEL pour métrorragies. Apparition depuis 6 semaines environ.

Le premier examen date du 6 Septembre 1951; il montre :

TV : énorme ulcération du col, douloureux, volume du corps utérin normal.

La radiographie pulmonaire est normale.

Le Docteur PATEL pratique un Wertheim.

La biopsie du col montre :

épithélioma malpighien spino-cellulaire peu kératinisant.

Admise dans le service de curiethérapie le 24 Septembre 1951.

Le TV montre : fond de vagin un peu infiltré; il saigne légèrement au contact.

TR : normal à part une légère infiltration au côté droit.

Spéculum : la muqueuse du fond du vagin est légèrement granuleux.

On entreprend le traitement :

4 champs pelviens 10 x 15 inclinés à 45°.
2 champs de 200 r chaque jour. Dose totale 3.500 r par champ.

Le 7 Janvier 1952:

TV : normal.

TR : légère résistance à droite sans caractère net.

Le 25 Janvier 1952 : douleur dans la région sacrée. A la radiographie, rien à signaler.

TR :
semblables aux précédents.
TV :

Le 10 Mars 1952 : douleur dans la région inter-scapulo vertébrale droite, apparition d'une toux depuis deux semaines.

Les radiographies et tomographies pratiquées montrent :

à droite : un nodule sus hilaire plein,
un nodule sous-claviculaire externe excavé,
un nodule de la base plein.

à gauche : un nodule sus-claviculaire plein,
un nodule sous-claviculaire excavé.

Un tubage pour recherche de BK est négatif.

On entreprend téléradiothérapie 4 champs 25 r à 2 mètres, trois fois par semaine.

Le 4 Avril 1952 : toux +++

La malade meurt mi-juillet 1952.

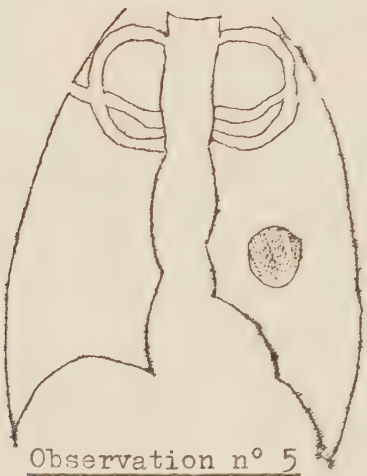
DIFFERENTS ASPECTS RADIOLOGIQUES

Observation n° 1

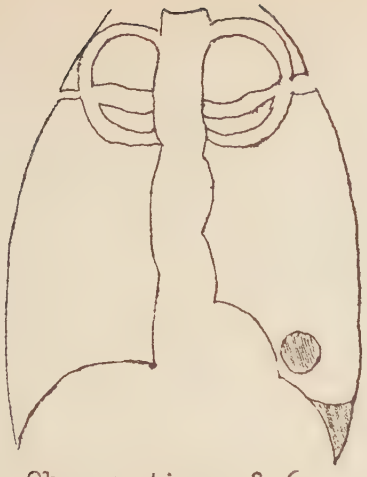
Observation n° 2

Observation n° 3

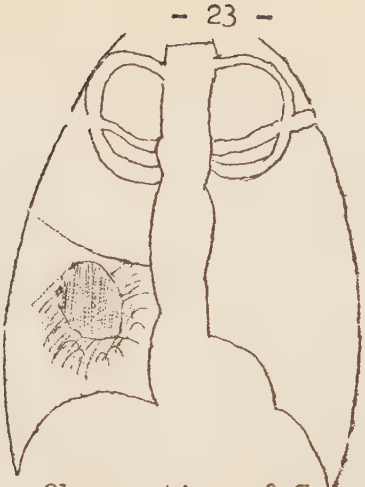
Observation n° 4



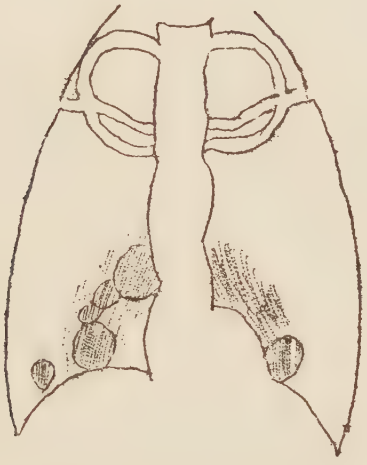
Observation n° 5



Observation n° 6

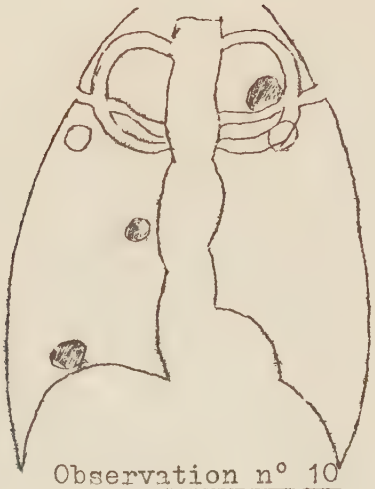


Observation n° 7



Observation n° 8

Observation n° 9



Observation n° 10

	Age	Stade	Histologie	Atteinte ganglionnaire	Traitement de la lésion initiale	Forme de la métastase	Traitement de la métastase	SURVIES	
								A la première consultation	A la métastase
1	72	IV	Epithélioma cylindrique		Radiumthérapie Roentgenthérapie	Opacités multiples de la base droite		11 mois + 8 jours	2 mois + 14 jours
2	49	IV	Malighien spino-cellulaire	inguinales bilatérales axillaire droite	Intervention chirurgicale palliative Radiumthérapie Roentgenthérapie	Noyau para-hilaire gauche		7 mois + 7 jours	1 mois + 7 jours
3	59	II	pavimenteux spino-cellulaire	inguinaux droits	Roentgenthérapie	opacité sous-hilaire droite opacités multiples de la base droite		4 ans + 8 mois	15 jours
4	65	III	Epithélioma très envahissant de l'endocol		Radiumthérapie Roentgenthérapie	opacités du champ pulmonaire droit		4 mois + 8 jours	4 mois + 8 jours
5	43	II	Epithélioma épidermoïde papillaire		Roentgenthérapie	Noyau du champ pulmonaire gauche		24 mois	3 mois
6	52	II	Epithélioma malighien		Roentgenthérapie	Noyau du champ pulmonaire gauche	Roentgenthérapie		
7	50	II	Pas de contrôle		Roentgenthérapie	opacité du champ pulmonaire droit	Roentgenthérapie dose tumorale = 2500r en un mois et demi	4 mois + 10 jours	3 mois + 17 jours
8	59	II	Quelques atypies, amas épithélial suspect cancer au début		Radiumthérapie Roentgenthérapie	Noyaux des deux bases	Traitement purement symptomatique de la douleur et de la dyspnée	5 ans + 1 mois	1 an + 11 mois
9	58	III	Epithélioma malpighien spino cellulaire, kératinisant fort actif		Radiumthérapie Roentgenthérapie	métastase pleuro pulmonaire avec opacités	Roentgenthérapie dose tumorale = 550r en un mois	2 ans + 7 mois	1 an + 5 mois
10	31	I	Epithélioma malpighien spino cellulaire peu kératinisant		Roentgenthérapie	opacités multiples foyers abcédés	Roentgenthérapie dose tumorale = 2000r en un mois	10 mois + 9 jours	4 mois

B - OBSERVATIONS RELEVEES DANS LA LITTERATURE

De nombreuses observations, relevées dans la littérature confirmant que le cancer du col de l'utérus est à l'origine d'un certain nombre de métastases pulmonaires. En voici quelques cas.

- CAS DE DRIENERS - SWYGEDAW - LEMAITRE - SOULAY :

  - malade de 57 ans; début en Mars 1952; il s'agit d'un émithélioma spino cellulaire; en 1944 image radiologique type cancer primitif du poumon.

- CAS DE SWYGEDAW - DRIENERS - HERBAULT :

  - pas de renseignements précis.

- CAS DE EVEN ET LECOEUR :

  - malade de 74 ans; hystérectomie totale en 1946; en 1947, apparition de toux, dyspnée, expectoration; la radiographie montre des opacités arrondies homogènes siègeant au-dessous et derrière les clavicules droite et gauche; la bronchoscopie et l'histologie concluent à un épithélioma baso-cellulaire.

- CAS DE RIST ET BACLESSE :

  - en 1928, curiethérapie et radiothérapie pour épithélioma du col utérin; en 1935 hémoptysie; la radiographie montre alors une volumineuse cavité juxta hilaire droite; pas de BK; la bronchoscopie montre une volumineuse formation végétante et l'histologie un épithélioma épidermoïde

- CAS DE HEGENIN - BRIAN - GARDIEID et Mademoiselle BOUCABEILLE :

malade de 37 ans; en 1933 curiethérapie et radiothérapie pour épithélioma intermédiaire du col utérin; en 1934 toux quinteuse la radiographie montre une opacité arrondie juste au-dessous de la coupole diaphragmatique gauche.

- CAS DE LAVAL - H. BONNEAU - H. PAYAN et H. LIEUTAUD :

- malade de 54 ans; début en 1956 par des manifestations pulmonaires et expectoration hémoptôïque répétée; la radiographie thoracique : opacité hilaire droite volumineuse; en 1957, nouvelle poussée bronchique à type de suppuration broncho-pulmonaire droite; cyto-diagnostic de l'expectoration : EoA malpighien différencié; c'est seulement le cyto-diagnostic dans le frottis vaginal qui met en évidence un EoA malpighien du col utérin resté parfaitement latent jusque là.

- CAS DE LAVAL - H. BONNEAU - H. PAYAN et H. LIEUTAUD.

- malade de 30 ans; découverte d'un EoA du col utérin au cours d'une grossesse; interruption de la grossesse, curiethérapie et radiothérapie (1952 - 4 avril); en 1952 (novembre) une radiographie pulmonaire met en évidence une image hydro aérique dans le lobe inférieur gauche; intervention chirurgicale en avril 1953; l'histologie montre un EoA malpighien différencié.

- CAS DE P.S. BREZINA et G.E. LINDSHOG :

- début en avril 1943 par de la toux; 13 ans auparavant, hystérectomie subtotale; le diagnostic de cancer du col est alors posé sans preuve histologique; la radiographie montre une grosse masse juxta-hilaire dans le poumon droit.

- CAS DE J. FALLIERES et G. ALIBERT :

  - début en octobre 1935 chez une malade de 39 ans; hospitalisée pour un épithélioma intermédiaire avec cellules monstrueuses, caryokinèse, stroma lâche, fortement infiltré de lymphocytes et de polynucléaires; curiethérapie et radiothérapie; en novembre 1948, opacité arrondie dans la région péri-hilaire droite.

- CAS DE LEMONCE ET ROSE

  - malade de 47 ans; cancer du col en 1941; en 1945 syndrome de suppuration pulmonaire; la radiographie montre une condensation rétractile de la base droite.

- CAS DE TOREK :

  - malade de 42 ans; épithélioma utérin; apparition de signes de métastases pulmonaires deux ans après.

- CAS DE MANDEVILLE :

  - malade de 45 ans; premiers signes trois ans après sans aucune confirmation radiologique.

- Enfin PERRET-BORY J.A. cite trois cas de métastases pulmonaires du cancer du col de l'utérus dans sa thèse faite à ALGER le 8 Juin 1951.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS CLINIQUES, EVOLUTIVES ET PRONOSTIC.

I - PRINCIPALES MANIFESTATIONS CLINIQUES =

En dehors des signes cliniques qui, caractérisant le cancer du col utérin, amènent la malade à consulter :

- Hémorragie
- écoulement leucorrhéique, inconstant.

C'est surtout l'examen gynécologique qui fait le diagnostic confirmé par les examens endoscopiques.

L'atteinte pulmonaire donne des signes évidents soit que l'on se trouve en présence de :

A - FORMES CHRONIQUE OU SUBAIGUES.

a - forme à type de pneumopathie chronique.

Le début est généralement insidieux · seule la connaissance d'une tumeur opérée antérieurement peut faire évoquer le diagnostic.

A la période d'état apparaissent :

- des douleurs
- une dyspnée
- toux avec expectoration soit muqueuse le plus souvent soit muco-purulente.

- parfois des hémoptysies.

Les signes généraux avec :

- parfois de la fièvre
- asthénie
- amaigrissement

b - Forme pleuro-pulmonaire :

Le cancer secondaire est masqué par un syndrome pleural.

La ponction confirme l'existence d'un épanchement.

c - Forme médiastino-pulmonaire :

Avec des signes pulmonaires et médiastinaux ; ces derniers sont au premier plan :

- oedème en pélerine
- bouffissure de la face
- cyanose, circulation veineuse collatérale
- dyspnée, raucité de la voix
- toux coqueluchoïde, dyspnée, dysphonie.

B - FORME AIGUE ; CARCINOSE MILIAIRE AIGUE DU POUMON :

Parfois début brutal réalisant un tableau d'asphyxie intense, habituellement lent et progressif avec dyspnée allant en s'accentuant.

A la période d'état le symptôme dominant est la dyspnée avec cyanose des lèvres et des extrémités ; atteinte importante de l'état général. L'examen radiologique vient confirmer le diagnostic pouvant montrer comme l'a fait Mademoiselle Œmischen dans sa thèse :

- aspect micro-nodulaire
- "en mailles de filet"
- forme médiastino-pulmonaire.

C - Enfin l'on pourra se trouver en présence d'une malade qui ne se sachant pas porteuse d'un cancer du col utérin présentera une symptômatologie pulmonaire évoquant un cancer primitif des bronches avec :

- douleur thoracique
- toux, "signal symptôm "
- expectoration muco-sanglante striée de sang.
- hémoptysie
- Wheezing

atteinte pulmonaire confirmée par les examens endoscopiques et les examens radiologiques.

II - PREAMBULE :

Mais avant d'entreprendre les discussions sur les phénomènes propres à la localisation pulmonaire, peut-être devrons-nous définir ce que l'on entend par métastase :

Ethymologiquement le mot "métastase" viendrait de " μεθιστημι" (médiastini) "je change de place"
En carcinologie on entend par métastase :

"Toute propagation à distance d'un foyer cancéreux initial quelque soit le mécanisme de cet essaimage (embolie, perméation ou tout autre), tout foyer néoplasique secondaire à une tumeur primitive étant bien entendu que ce foyer secondaire est, au moins apparemment en clinique sans liens directs de continuité avec le foyer tumoral initial".

Cependant tous les auteurs ne donnent pas au terme de métastase la même portée. Monsieur le professeur Ducuing dans la thèse de son élève Denon distingue les métastases vraies : tumeurs secondaires, consécutives à une embolie cellulaire par voie sanguine et les fausses métastases : tumeurs dues à la propagation lymphatique.

Jeanneney : Wangermez, Rosset Bressaud donnent eux la classification suivante :

1er - métastases ganglionnaires de voisinage

2ème - métastases rétrogrades

3ème - un groupe principal, celui des métastases lymphatiques ou sanguines à distance, métastases proprement dites.

Mais quelles que soient les différentes interprétations des écoles, les métastases pulmonaires sont des "métastases vraies" se développant en discontinuité avec le foyer initial et reproduisant les caractères néoplasiques typiques de la tumeur primitive, comme le montrent de nombreuses observations :

1ère observation due à : Laval, Bonneau, Payan et Lieutaud

- le cyto diagnostic dans le frottis vaginal met en évidence un E.O.A. du col utérin
- Le cyto-diagnostic dans l'expectoration un E.O.A. malpighien différencié.

2ème observation due à : Laval, Bonneau, Payan et Lieutaud.

- Histologie du prélèvement col = E.O.A. malpighien
- Histologie après chirurgie du poumon à E.O.A. malpighien différencié.

III - MODE DE PROPAGATION ET FREQUENCE DES METASTASES PULMONAIRES :

Les nombreuses observations publiées dans le monde entier, et les innombrables discussions permettent actuellement de conclure à deux localisations :

- parenchymateuse donnant des images nodulaires, pouvant aboutir à l'image en "lâcher de ballons" si elles sont nombreuses ; ou alors donnant, dans la forme aiguë, la carniose miliaire aiguë du poumon
- bronchique beaucoup plus rare

Dans cette étude nous ne parlerons pas des formes pleurales et médiastinales qui sont en fait très éloignées des poumons.
Comment les propagations se font-elles vers le poumon ? D'après de nombreuses études faites ces dernières années il apparaît que deux voies peuvent être proposées :

1 - La voie sanguine : où la cellule néoplasique après avoir traversé le coeur atteint le poumon. Cette voie expliquant en quelque sorte l'atteinte parenchymateuse.

2 - La voie lymphatique : le trajet est alors très difficile à expliquer ; de nombreux relais interviennent dans ce phénomène car il n'existe aucune connexion entre les ganglions du col utérin et les lymphatiques des bronches.

Cette atteinte bronchique pouvant être expliquée par une théorie nouvellement émise par Monsieur Delaure : la métastase résultant en fait de la réaction propre de l'organe à un cancer donné.

Ces métastases vers les poumons sont-elles fréquentes ? Si les auteurs anciens n'admettaient pas de métastases (J.L. Faure en 1924 : "le cancer du col ne se généralise guère : presque toujours l'affection demeure localisée...") de nos jours les opinions sont diamétralement opposées ; Netter affirme en effet dans son précis de gynécologie :

"Les métastases à distance sont assez fréquentes à l'autopsie : elles paraissent tardives : voire terminales : ganglion sus-claviculaire gauche (Troisier), poumons, os, cerveau, foie, peau, estomac ne peuvent guère être envahis que dans les formes très prolongées, surtout celles qui survivent longtemps grâce à l'irradiation..." Dumon, Charpin, Amabric et Choux confirmant ces données dans une statistique portant sur deux cent observations de métastases pulmonaires ont rencontré douze fois un point de départ utérin soit dans 6 % des cas (col utérin : 8 ; corps utérin : 4) Willis de son côté sur six cent cas de métastases pulmonaires, retrouve quinze fois une origine utérine, soit 2,5 % des cas.

Dans le centre anti-cancéreux de l'Hôpital Tenon nous avons relevé au cours des dix dernières années sur un total de 789 cancer du col, tous stades, un total de dix cas de métastases pulmonaires qui se décomposent ainsi :

1 métastase pulmonaire sur 166 stades I soit 0,6 %
3 métastases pulmonaires sur 219 stades II soit 1,36 %
6 métastases pulmonaires sur 404 stades III et IV soit 1,48 %

Total 10 cas sur 789 soit 1,26 %

Par contre les chirurgiens apportent eux des chiffres très faibles : Roux Pétonlière sur cinquante néoplasmes cervico-utérin 4 métastases Wilmoth sur 85 femmes opérées 1 métastase.
Gricouroff sur 2.076 cas note 201 métastases, dont 50 intra-thoraciques et 37 localisées au poumon.

Les résultats d'autopsies sont différents, ceci étant dû au fait que l'atteinte pulmonaire est souvent cliniquement silencieuse, ce qui conduit à négliger la radiographie pulmonaire systématique :

- les statistiques de Schields-Warrens sur 132 autopsies, 15 % d'atteinte pulmonaire
- la statistique de Selma Wertheimer montre aussi que les métastases pulmonaires sont les plus fréquentes,

- la statistique de Jeanneney, Lacassagne et Curtillet indique une fréquence de 15,7 %

Ces faits permettent de corriger l'opinion classique qui admettait une localisation pulmonaire très faible 1,7 % alors que les vérifications post-morteur les montrent effectivement à 15,7 %

IV - CIRCONSTANCES D'APPARITION :

Nous allons maintenant étudier les circonstances d'apparition des métastases pulmonaires.

Les circonstances d'apparition n'obéissent en fait à aucune loi. L'âge des malades est très variable, avec cependant un maximum correspondant à la fréquence maxima des cancers utérins.

Parfois précoce, apparaissant avant que le cancer causal soit révélé :

- Cas cité par Laval, Bonneau, Payan et Lieutaud ou les troubles débutent en Janvier 1956 par des manifestations broncho-pulmonaires et expectoration hémoptoïque répétée avec à la radiographie image hilaire droite volumineux ; le cancer utérin n'étant mis en évidence qu'en Janvier 1957.

Cependant dans la majorité des cas, les métastases pulmonaires sont découvertes au cours de l'évolution du cancer connu.

Certains auteurs devant les signes cliniques pulmonaires très importants ont préféré traiter la métastase et pratiqué secondairement l'exérèse de la tumeur :

- cas de Freedlander et Greenfield où la malade subit une pneumonectomie 5 mois avant l'ablation de la tumeur primitive.
- Cas de Mays où la malade subit une lobectomie.

Parfois la métastase est décelée en premier, mais sont exérèse pratiquée en second (c'est le cas de Barney et Churchill 1 an et 3 mois).

Dès la découverte d'un cancer utérin, devant l'étendue des lésions et l'envahissement des paramètres on classe le cancer suivant le stade de la lésion. Mais de graves erreurs peuvent survenir dans cette classification, erreurs dues souvent à la non appréciation de la réaction inflammatoire et erreur de la classification de la lésion.

A ce sujet Monsieur Moulonguet écrit notamment :

"Nous pouvons démontrer par des expériences précises l'incertitude le vague de ce diagnostic de cancer du col N° 1. Certaines observations prouvent que la vérification par l'intervention primitive ou complémentaire à la curiethérapie dément les précisions sur la limitation du cancer. Ce sont de faux n° 1, en réalité n° 2 ou n° 3".

En fait beaucoup plus intéressante, est la date d'apparition ordinaire de la métastase par rapport à la durée d'évolution du cancer initial.

- Laval, Bonneau, Payan et Lieutaud sur 14 observations citent

- métastases après cancers utérins guéris ..... 6 cas
  (chirurgie : 3 Rad. + Rx. : 3)
  Après 3 ans : 3 après 4 ans : 1
  Après 8 ans : 1 Après 11 ans : 1
- Métastases et cancers utérins simultanés ..... 8 cas
  (Chirurgie : 1 Rad. + Rx. : 6 - sans traitement : 1)
  (dont 3 métastases pulmonaires prévalentes).

Gricouroff sur 179 malades, la métastase apparaît :

1ère année	42 malades
2ème année	56 malades
3ème année	32 malades
4ème année	12 malades
5ème année	8 malades

6ème année	6 malades
7ème année	8 malades
8ème année	7 malades
9ème année	1 malade
10ème année	2 malades
11ème année	1 malade
12ème année	0 malade
13ème année	0 malade
14ème année	1 malade
15ème année	0 malade.

- Dans les dix observations qu'il nous a été personnellement permis d'observer dans le service de Monsieur le Docteur Devois nous notons :

1ère année	5 malades
2ème année	1 malade
3ème année	1 malade
4ème année	1 malade
5ème année	1 malade
6ème année	0 malade

Donc nous pouvons nous trouver en présence de

- métastases pulmonaires qui surviennent pendant l'évolution du cancer utérin,
- métastases pulmonaires qui apparaissent après guérison apparente du cancer utérin :

- Dans leurs observations Laval, Bonneau Payaud et Lieutaud citent 6 cas de métastases pulmonaires après cancers utérins guéris et 8 cas où métastases et cancers utérins évoluent simultanément.
- Dans le service de Monsieur Devois sur dix observations il nous a été permis d'observer :
  - 7 cas de métastases apparues pendant l'évolution du cancer utérin.
  - 3 cas de métastases apparues après guérison apparente du cancer utérin.

V - SIEGES DES METASTASES :

Une fois l'apparition au poumon existe-t-il un siège prévalent ? En fait leur siège est extrêmement variable :

Eschapolase sur 78 observations cite :

- 37 fois métastases à droite dont 16 mois au lobe inférieur
- 29 fois métastases à gauche dont 17 fois au lobe supérieur.

Leur localisation pulmonaire détermine deux sortes d'images comme nous l'avons déjà vu :

- parenchymateux les plus fréquentes
- bronchique plus rares (26 cas collectés par Dispau de Floran).

Even et Lecoeur de leur côté communiquent trois observations de métastases endo-bronchiques vraies :

En 1943 Kny Castelman sur 109 autopsies au Massachusetts général Hospital montrent :

- dans 20 cas infiltration nette de la paroi bronchique; Seiler conclut à la possibilité de 35 % de cas de localisation bronchique sur 36 vérifications bronchoscopiques.

Les formes parenchymateuses demeurent cependant les plus fréquentes, devenant très caractéristiques lorsqu'elles réalisent la classique image en "lâcher de ballons".

Nous avons personnellement observé sur nos dix malades :

- 4 fois localisation de la métastase au lobe inférieur droit
- 2 fois localisation de la métastase au lobe supérieur gauche
- dans 4 cas atteinte bilatérale.

VI - PRINCIPALES IMAGES RADIOLOGIQUES :

L'atteinte pulmonaire donne en général des images caractéristiques surtout si l'atteinte initiale est connue :

- Laval, Bonneau, Payan et Lieutaud citent sur 14 observations :

opacité isolée	3
foyer abcédé	2
opacités multiples	7
adénopathies hilaires	1
pleurésies	1

- Dans nos observations à l'hôpital Tenon nous avons observé :

opacité isolée	2
foyer abcédé	1
opacités multiples	5
pleurésies :	1
adénopathie hilaire	1

VII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

En général, le diagnostic de métastase pulmonaire ne pose pas de problème surtout si le cancer initial est connu. Il faut y penser et s'astreindre à des clichés pulmonaires systématiques qui permettront un diagnostic précoce d'atteinte pulmonaire. Dans nos observations, aucune malade n'avait de passé pulmonaire. Toutes ont subi une radiographie pulmonaire à l'entrée dans le service. Rien n'a pu être retenu au départ permettant un appel des métastases. L'image la plus souvent rencontrée étant soit l'opacité isolée soient les opacités multiples. Cependant il faut savoir que l'on peut trouver des aspects radiologiques atypiques : métastase abcédée, métastase bronchique isolée ou prévalente qui peuvent égarer le clinicien.

Mais il existe une seconde éventualité, et où le diagnostic est beaucoup plus difficile surtout lorsque l'atteinte pulmonaire est prédominante ; il faut alors distinguer la métastase d'un

- cancer bronchique primitif. On rectifiera le diagnostic sur le fait que les épithéliomas bronchiques malpighiens primitifs sont rares ; en pratiquant des examens cytologiques dans l'expectoration et dans les frottis vaginaux en sachant que les métastases du col utérin prennent une disposition lobulée.

De toute façon devant la négativité des résultats il faut répéter les investigations à l'aide du cyto-diagnostic dans l'expectoration et les frottis vaginaux.

On pourra évoquer et éliminer encore :

- La tuberculose pulmonaire :

  - soit dans sa forme excavée
  - soit dans sa forme miliaire (la tuberculose miliaire est à discuter sous ses 2 formes aiguës et chroniques).

la présence de bacille de Koch dans l'expectoration est un élément important, mais il ne suffit pas à lui seul.

L'absence de bacille est normale dans la carcinose mais peut se rencontrer dans la granulie tuberculeuse tant que les lésions sont fermées. La présence de bacille peut par contre mettre en évidence le réveil d'une tuberculose ancienne chez un sujet porteur d'une métastase pulmonaire.

Le diagnostic se fera sur l'évolution de la maladie et les signes radiologiques devront être interprêtés en fonction des résultats de laboratoire.

- La maladie de Hodgkin : dans ses formes pulmonaires pose souvent des problèmes difficiles. On se trouve devant une malade présentant une dyspnée continue, courbe thermique irrégulière ; la prédominance

des lésions au sommet seront des arguments en faveur de la maladie de Hodgkin qui sera confirmée par la biopsie d'un ganglion périphérique.

- La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann : lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune autre localisation cutanée, osseuse, oculaire, la forme pulmonaire offre de grandes difficultés. On pourra se fonder sur le volume, le groupement particulier à la partie moyenne du champ, l'aspect en manteau d'Arlequin des ganglions pulmonaires. - Le diagnostic sera confirmé par l'examen histologique d'un ganglion.

- Syndrome de Loeffler : caractérisé radiologiquement soit par :

  - des ombres étendues, contours irréguliers
  - condensations arrondies, contours nets,
  - ombres multiples
  - infiltrats tuberculeux secondaires
  - aspects pseudo-cavitaires.
  - images micro-nodulaires ou macro-nodulaires,

  mais on trouve : éosinophilie élevée
  pas de Bacille de Koch
  état général peu ou pas altéré
  température subnormale,

  enfin on éliminera :

  - pneumoconioses
  - les séquelles de broncho-pneumonie ou de pneumopathie aiguë.
  - les essaimages post-hémoptoïques au cours de tuberculose fibreuse
  - bronchite banale
  - bronchectasies diffuses ou localisées aux bases
  - bronchite capillaire suffocante
  - mycose pulmonaire
  - péri-artérite noueuse.

CHAPITRE IV

THERAPEUTIQUE

En dehors du traitement symptomatique :

- de la douleur
- de la dyspnée
- de l'hémoptysie
- des complications cardio-pulmonaires

Nou pouvons mettre en oeuvre

I - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical peut s'imposer devant la triade :

- métastase unique, limitée
- cancer primitif guéri
- métastase tardive ou précoce.

Il faudra évidemment tenir compte de l'état général du malade. Mais devant un cancer primitif guéri on pourra opérer des métastases multiples quand elles peuvent toutes être enlevées par une pneumonectomie ou par une lobectomie de chaque côté.

Lorsque la métastase révèle un cancer latent, la chirurgie peut dans certaines conditions s'attaquer à chacun d'eux.

Nous voyons donc, que le champ est en fait assez limité.

P. Santy publie une statistique personnelle où il n'a posé que 7 indications chirurgicales avec :

1 décès hospitalier
3 décès tardifs
3 malades encore vivants.

Eschapoisse dans sa thèse, sur un ensemble de 78 observations montre que :

- l'exérèse donne une bonne sécurité dans une certaine mesure
- la lobectomie ou même la résection limitée de la métastase donne des résultats comparables aux exérèses larges
- le pronostic éloigné de l'épithélioma n'est cependant pas des meilleurs.

Haight et J. Alexander ont sur 14 cas, 5 patients en bonne santé après neuf, six, trois, deux ans et seize mois après la résection pulmonaire.

Nous n'avons pas d'expérience de traitement chirurgical dans nos observations.

II - LE TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE

Lorsqu'il est impossible de réaliser une exérèse il faut se trouver vers la radiothérapie ou la télécobalthérapie.

Dans le service de curiéthérapie de l'hôpital Tenon nous avons pratiqué chez 4 malades la roentgenthérapie mais l'évolution progressive de la métastase a emporté rapidement les malades.

III - LE TRAITEMENT CHIMIOTHERAPIQUE

Différents produits ont donné des nettoyages radiologiques et des survies notamment :

- oxyferriscorbone sodique

- chlorhydrate de N désacétyl thiocolchicine
- trypanosa cruzi (schizotrypanum cruzi)
- moutarde à l'azote.

IV - HORMONOTHERAPIE

Elle demande des cas particuliers pour être envisagée. Il est de fait que les oestrogènes ont une action certaine sur les métastases pulmonaires, de même que la testostérone.

V - Enfin les métastases pleurales isolées doivent être traitées par AU 198 ou en cas de contre-indication par des injections intra-pleurales de moutarde à l'azote avec cependant des résultats très inconstants.

La thérapeutique des métastases pulmonaires du cancer du col utérin est décevante, le traitement chirurgical étant le seul qui donne des résultats éloignés les plus valables et pouvant donner de magnifiques résultats si l'intervention se présente sous un jour favorable (Laval, Bonneau, Payan et Lieutaud ont publié une guérison depuis plus de quatre ans ; Ducuing J et Al. publient aussi une guérison après pneumonectomie sur métastase pulmonaire solitaire d'un cancer du col utérin (Bull - Ass. franc et cancer 1952. 39 n° 1, 31, 36).

-:-:-:-:-:-:-

CONCLUSIONS

- Il est incontestable que, contrairement, à ce que pensaient les anciens auteurs le cancer du col de l'utérus donne d'assez fréquentes métastases pulmonaires. Bien souvent les signes sont muets : une simple toux, une légère dyspnée peuvent parfois orienter le diagnostic ; mais c'est incontestablement la radiographie pulmonaire systématique qui permettra de déceler les premières lésions ; on pourra se trouver en présence de nombreuses images : opacité isolée, opacités multiples, foyer abcédé, adénopathie hilaire, pleurésie avec localisations multiples, posant de nombreux problèmes de diagnostic, surtout si les signes pulmonaires sont au premier plan et que le cancer initial est inconnu.

- Nous apportons dix cas de métastases pulmonaires de cancer du col utérin, inédites et non publiées, cas qui joints à ceux relevés dans la littérature montrent que une fois la métastase découverte le processus va évoluer très rapidement associant aux signes locaux utérins des signes pulmonaires ; l'apparition de la métastase hâtant d'autant plus l'évolution et emportant le plus souvent la malade dans les deux premières années, rarement après, comme le montrent de nombreuses statistiques que nous avons recueillies.

- C'est dire que le traitement de la métastase s'impose d'urgence :

  - chirurgical si la métastase est unique, isolée, si le cancer primitif est guéri.
  - radiothérapique si le traitement chirurgical est dépassé.
  - enfin chimiothérapique souvent associé au précédent.

- Le cancer du col utérin très grave par lui-même le devient d'autant plus qu'une métastase apparaît ; c'est pourquoi l'on pratiquera des examens systématiques répétés tout au long de l'évolution afin de pouvoir traiter immédiatement, dans la mesure de nos possibilités cette nouvelle atteinte.

-:-:-:-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse :

Professeur P. MOULONGUET

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER (J.) - Circumscribed introthoracic neoplasm
J.A.M.A. 119 : 395, 1949

ALEXANDER ET HAIGHT (C.) - la resection pulmonaire pour sarcomes et carcinomes solitaires metastiques. Surgery, gynecology and obstetrics (Chicago)
Vol. 85, n° 2, Août 1947

ALEXANDER (J.), HAIGHT (C.) et ESCHAPOISSE le traitement chirurgical du cancer secondaire du poumon.
Bull. Ass. Franc. du Cancer. T. 38, n° 1 1951.
Discussion S. Laborde, R. Huquenin

ALEXANDER (J.) et HAIGHT (C.) Pulmonary resection for solitary metastatic sarcomas and carcinomas, Univesity hospital Bulletin University of Michigan. Ann. Arbor XII, 118. 1946

ALEXANDER (J.) et HAIGHT (C.) - idem J.G.O 85 : 129, 1947

ALVAREZ (R. de) - Les causes de la mort dans le cancer du col de l'utérus. The American Journal of obstetrics and gynecology (St-Louis)
Vol. 54 n° 1 Juillet 1947.

AMEUILLE - LEMOINE - FAUVET et PALEY - Presse médicale n° 21, 12 IV 1947 pp. 241 - 42

BARIETY - DELARUE et PAILLAS - Les formes histologiques des cancers bronchiques.
Press. med., 31 III 1948 p. 238

BARIETY et PAILLAS - Les épithéliomas glandulaires bronchiques à stromas remanié et à évolution prolongée.
Journ. Franc. C,I 1947 p 356

BARIETY, MONOD et PAILLAS - Angiopneumographie et cancer bronchique
Soc. Méd. Hôp. Paris 9 Juin 1950

BARIETY et PAILLAS - Cancers secondaires des grosses bronches.
Bull. et Mem. soc. Med. Hôp. Paris 1947 n° 23
pp 581-583 et jour. Fr. Med et Chir. Th. I : 356 - 1947.

BAUD (J.) - Le traitement de l'épithelioma du col de l'utérus Résultats après 5, 10 et 15 ans chez 1430 malades traitées de 1929 à 1941, dans les services de la Fondation Curie.
Bulletin de l'Association française pour l'étude du Cancer. An 49. T, 36 n° 1 1949

BREZINE (P.S.) et LIDSKOG (G.E.) - Pneumonectomie totale pour métastase d'un cancer de l'utérus.
"J. of Thor. Surg.", 1943, 12, 728 - 733.

BRUNSCHWIG (A) et PIERCE (V) - Constatations nécropsiques chez des patientes atteintes du Cancer du col. Surg. gyn. and obst ; V. 87 n° 6 Dec. 1948.

BRUNSCHWIG (A) et SCHAFER (P.W) - Experiences in the surgical treatment of multiple visceral neoplasmes.
Ann of Surg 126 : 780 1947

CARVALHO - LEMOINE et ROSE - Cancers bronchiques secondaires à symptomatologie de cancers primitifs (secondaires à des cancers du sein et de l'utérus)
Journal français de médecine et de chirurgie thoracique T II n° 2 année 1948 pp 156 à 161 (résumé des observations)

CHERIGIE et VERSPYCK - La tomographie pulmonaire (in "Les feuillets du Praticien" 1950)

CORNY et MARLAND - Cancers primitifs associés des bronches et de l'estomac la forme dysphagique du cancer bronchopulmonaire.
Sem. Hôp. n° 8 - 30 I 1948 pp. 127 - 31

CORNIL (L.), DOR (J.) PAOLI (J.) BONNEAU (H.) et OTTAVIOLI - Sur l'exérèse chirurgicale d'un EOA. Broncho-pulmonaire malpighien apparemment primitif chez une femme atteinte antérieurement d'un E.OA du col utérin de même type histologique.
"Presse Med.", 1951, 59. 1407 - 1408

CREYSSEL (J.), GIRARD (P.) et MOURGUES (F. de) - Syndrome de Par-Ccast - Tobias par metastase d'un cancer epidermoïde du col utérin.
Lyon chir., oct. 1951, 46, n° 7, 88-6-889, 2 fig.

DELARUE (J.) - Le problème biologique du cancer, Masson 1947.

DELARUE (J.) et PAILLAS - Diagnostic cytologique et histologique des tumeurs bronchiques.
Rapport du 1er congrès intern. de biologie clinique nov. 1947

D. ETZ (W.) - La mise en évidence radiologique de métastases pulmonaires dans le cancer génital de la femme.
Zschr. Krebsforsch., 1958, 62, n° 3, 316 - 322 (Bibliogr.)

DISPAN DE FLORAN (J.) - Le cancer secondaire des bronches
Thèse Paris 1949 n° 100

DISSMANN (E.) - Bertrag zur früdiag nostik dis primären lugenkarzinoma - Wiener Klinische Wochenschrift T. 61 n° 48, 2. XII 1949 p. 833

DRIESSENS, LINQUETTE (J.) et NIQUET - Metastases mediastino-pulmonaires d'un cancer du col utérin
"Soc. Med. du Nord", 30 Avril 1948

DUCUING - Rapport sur le traitement du cancer du sein au IIè congrès de l'Ass. Franc. de chir.
Echecs du traitement du cancer du col au stade I
(Cf. multiples articles parus dans le Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer (Paris au 38 T 34, 1947 et an 39, T, 35 n° 1, 2 et 3, 1948 référence : sommaire des principaux périodiques. Journal de Chirurgie T, 65 n° 4, 5 1949.

DUCUING J. et AL - Metastase pulmonaire solitaire d'un cancer du col utérin. Pneumonectomie. Guérison - Bull. Ass. franc. et cancer 1952, 39, n° 1, 31 - 36, 2 fig.

DUMON (G.), CHARPIN (J.), AMAURIC (J.) et CHOUX (J.) - Les cancers secondaires du poumon et de la plèvre. Formes radio-cliniques "J. Fr. de Méd et chir. thor.", 1956, x /6, 591-606

EFFLER (D.) et BLADES (B.) - Le traitement chirurgical de la métastase solitaire du poumon. The journal of thoracie Surgery (St Louis) Vol 17 n° 1 Février 1948

EFFLER (B) BLADES (B.) et MARKS (E.) - Le problème des tumeurs solitaires du poumon. Surgery 24 : 917 - 1948

EFFLER (D.B) et BLADES (B.) - Surgical treatment of the solitary lung metastasis J. thor. Surg. 17 : 27, 1948.

ESCHAPOISSE (H.) - Thèse Toulouse 1950. Le traitement chirurgical du cancer secondaire du poumon. Encyclopédie (E.K.O)

EVEN (R) - Le cancer secondaire du Poumon in "Les entretiens de Bichat" 1949 (Médecine). L'expansion scient. édit., p 81

EVEN et LECOEUR - Metastases cancéreuses endo-bronchiques à symptomatologie de cancer primitif des bronches. Journ. franc. de médecine et de Chir. Thorac. I II, n° 2, 1948 p. 147 à 151

FAILLERES (J) et ALIBERT (G) - Metastase pulmonaire d'un cancer du col journ. d'électro-radiologie., 1949, 30, n° 11/12, 727.

FAURE (J.L.) - Le cancer du col de l'utérus

FREED (J.H.), PENDERGRASS (E.P.) et CORNWATH (J.M.)
Thérapeutique andrógène des métastases pulmonaires du corps utérin : "Amer. J. of Roentg." 1951, 65, 596, 602

FRIED - Bronchiogénie carcinome and adenomo 1948.

GERNEZ et HOUCKE - Diagnostic du cancer bronchique par l'examen des sécrétions. Anal. Sem. Hôp. Paris 10 Sept. 1950.

GERNEZ-RIEUX et HOUCKE - Le diagnostic cytologique du cancer du poumon (Réunion des phtisiologues de La région du Nord Juin 1950 - Lille).

GRICOUROFF - Sur la pathogénie des métastases tardives dans le cancer Journal. Belge de radiologie Vol 30, Fas. 4 1947

GRICOUROFF - Les limites du rôle de l'histologie dans le pronostic radiothérapique du cancer. Fondation Curie Paris

GUNN-ROBERTS (J.) - Action des oestrogènes sur certaines métastases pulm. Brit. Med. J. 9 IX H.G. ph. 693-94

HENDRIK-LIN DE MAN (OSLO) - Le diagnostic cytologique du cancer des bronches. Nordisk médecin, 4 VIII 1950.

JOHNSON (C.R.) CLAGETT (O.H.) GOOD (C.A.) - Importance of exploratory thoracotomy of certain pulmonary lesions ; Surgery 15 : 218, 1949

KAPLAN (H.) WILSON (H.) MORSE (A.) - Résultats et cause de l'échec de la radiothérapie dans le traitement du cancer du col utérin. Surgery, gynecology, and obstetrics (CHICAGO) V. 86 n° 3, Mars 1948).

KARDACH (Th.) - Sarcome de l'utérus : 2 cas avec métastases généralisées Amer. Journal of obst. and Gyn. (N-Y) V 58 n° 3 sept. 1948.

LAFFONT (A.), BONOFOS (M.) et PERRET-BORY (L.) - A propos des métastases pulmonaires du cancer du col de l'utérus - Poubl. Ass. Gyn. Obst., 1950 2 n° 4, 433-434.

LAFFONT (A.) BONA FOS (M.) et PERRET-BORY (J.) - Des métastases pulmonaires du cancer du col de l'utérus - C.R. Soc. Franç. Gyn. Fév. 1952, 22, n° 2, 112-115.

LAUMONIER - MEYNARD - FREOUR, DE PAULIS et LANSAC-FATTE - Cancer pulmonaire suppuré à évolution lente, métastase d'un épithélioma du col ; lobectomie - J. Méd. Bordeaux, Sept. 1952, 129, n° 9, 781-784.

LAUMONIER - MEYNARD - FREOUR, LANSAC-FATTE - Lobectomie pour métastase pulmonaire d'un épithéliome du col. - Guérison depuis quatre ans. J. franç. Méd. Chir. Thor, 1956, 10 , n° 6, 672-675, 3 Fig.

LAVAL (P.) BONNEAU (H.) PAYAN (H.) et LIEUTAUD (H.) - Les métastases pulmonaires des cancers utérins - Sud-Méd. Chir., 31 Oct. 1957, 90, n° 2426, 6729-6732 (Bibliogr.)

LAVAL (P.) PAYAN (H.) BONNEAU (H.) et LIEUTAUD (H.) - Les cancers secondaires du poumon et de la plèvre. Considérations anatomo-pathologiques "5. franç. Méd. Chir. Thor." 1956, X/6, 606-625.

LAVAL (P.) BONNEAU (H.) PAYAN (H.) et LIEUTAUD (R.) - Les métastases pulmonaires des cancers utérins. - Bull. Fed. Soc. Gyn. 1957 n° 9, n° 4 Bis, 614

LIAVAAG (K.) - Pneumonectomy for pulmonary metastasis from cancer of uterus ten years after Hysterectomy Acta. Chir. Sc. 93, 420, 1948

LINQUETTE, NUYTTEN, GRAUX, NIQUET, et DUBOIS - Métastases médiastines pulmonaires d'un cancer du col utérin. Soc. Méd. du Nord 30 Avril 1943

MALAN (H.C.F.) - Des métastases dans le cancer du col. Thèse Paris 29 Janvier 1951 n° 81, 155 pp.

MATTEI (Ch.) LAVAL (P.) VIGNE (J.) et BALOZ et (P.) - Les cancers secondaires du poumon et de la plèvre. Traitement médical "J. Fr. de Méd. et Chir. Thor.

MAURER (H.J.) et REIHER (K.H.) - Les métastases du cancer du col. - Zbl. Gyn. 27 Sept. 1958, 80, n° 39, 1535-1543, 7 fig. (Bibliogr.)

MEDINA (J.) et SALVATORE (C.A.) - Fréquence des métastases du cancer du col de l'utérus aux stades I et II. - An. brosil Gin. Juin 1959, 47 n° 6, 305-318, 5 Fig. (Bibliogr.) (Résumé franç.)

METRAS (H.) DOR (J.) et de CUTTOLI : Traitement chirurgical du cancer secondaire du poumon : "j. fr. de Méd. et Chir. Thor.", 1957, XI,/1, 16-27

MEYER (A.) et MONOD (O.) - Les bases du traitement médical et chirurgical des cancers secondaires du poumon "J. fr. de Méd. et Chir. Thor." 1956, X/6, 668-671.

MEYER (A.) CHRETIEN (J.) GULIN (J.) et HESSE (J.C.) - Métastases pulmonaires bilatérales d'un cancer de l'utérus opérées par exérèse. Guérison maintenue deux ans après cette intervention. - J. franç. Méd. Chir. Thor., 1956, 10, n° 3 301-304 (Bibliogr.)

MEYER (A.) et MONOD (O.) - Les bases du traitement médical et chirurgical des cancers secondaires du poumon. J. fr. de Méd. et Chir. thor.° 1956 X/6, 668-671.

MUNNELL (E.) et BRUNSCHWIG (A.) - Résultats éloignés de 5 ans de la radiothérapie du cancer du col utérin au Mémorial Hospital Surgery - Gynecology and obstetrics (CHICAGO) V 81 n° 3 Sept. 1948.

NEMEC (F.) - Une métastase rare après opération radicale d'un cancer du col. Der Krebserzt (Vienne) an. 3, n° 6 Juin 1948.

OCHSNER (A.) de BAKEY, DUNLAP (M.) RICHMAN (Ch. E.) - Primary pulmonary malignancy. Journ. of th. Surg. 17 : 573, 1948

PACK (G.T.) - The definition of inoperability of cancer. Ann. of Surg. 127 : 1105, 1948

PERRET-BORY (J.A.) - Les métastases au poumon du cancer du col de l'utérus. Thèse Alger. 8 Juin 1951, n° 38, 174 pp.

PERRET-BORY (J.) - A propos des métastases pulmonaires du cancer du col de l'utérus - Rev. franç. Gyn. Obst., mars-Av. 1952 n° - 4 , 154-161.

PICCARD : - Métastases d'un hypernéphrome occulte simulant un cancer pulmonaire. Le Scapel 26 Août 1950.

ROBB (P.) - Pulmonary resection for metastasic malignancy three cases secondary to hyper nephroma. The british. J. of Surg. 36 : 200, 1948.

SANTY, POLARD, BERARD (M.) CALY, DUPREZ (A.) : - Adenocarcirome mucipare des bronches. J. Fr. méd. et Chir. thor. II 260 p. 148.

SEILER (H.H.) - Pulmonary résection for metastatic malignancy thèse université de Minnesota sep. 1948.

SEILER (H.H.) CLACETT (O. th.) Mc DONALD (J.R.) - Pulmonary resection for metastatic malignant lesions. 29ème congrès de l'Association Américaine de Chirurgie thoracique - News-Orléans. 1949.

SPEERT (H.) et GREELEY (A.) - Cancer du col avec métastases au Sein Amer. Jour. of obstetrics and Gyn. (N - Y) V. 55, n° 5, 1948

STREGER - Traitement des métastases cancéreuses (Wiener méd. Wschr). 2o Mai 1950.

TAILHERFER : - A propos du traitement du cancer du col utérin stade I : Discussion des rapports de MM. Santy et Durgent AC. de Chir. 5 VII 1950

VERGOZ (C.) et PERRET-BORY - De la nécessité du dépistage systématique des métastases pulmonaires au cours de l'évolution du cancer du col de l'utérus - Bull. Algér. Carcinot., 1952, n° 13, 95-98.

WAGNER (H.) - Métastases multiples dans le cancer du col.- zsche. Gebh Gyn. 1953, 139, n° 2, 162-182, 16 Fig. (Bibliogr.)

WERRA (G. de) - Lobectomie pour métastases pulmonaires d'un carcinome du col utérin - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov. déc. 1957, 9, n° 5, 475-477 (Bibliogr.)

WIELD (G.L.) (Berlin) - Sur le diagnostic cytologique du cancer (zentralblatt für Chirurgie). Vol 75 n° 15, 1950, pp 1025-1046 F. de Chir. Thor. 67, n° 4, Avril 1951 p. 345.

WILLIS (R.A.) : - the spread of tumors in the humain body. Butterworth and C°, Publishers, Ltd. London 1952.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Téléphone : ODÉon 58-90